

**FICHA MÉDICA 2023**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FACTOR: RH ( )  
 OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO DE RESIDENCIA DEL NIÑO Y LOS PADRES O RESPONSABLES:  
 \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**VACUNAS (Consignar última fecha y adjuntar los certificados de vacunación oficial al día: PREVIO INGRESO ESCOLAR Y AÑOS SUCESIVOS HASTA 11 AÑOS)**

SRP (Triple viral): Sarampión-Rubeola-Paperas (2do refuerzo)	VPH (Virus Papiloma Humano) (2 dosis con intervalo de 6 meses) 11 años
BCG	GRIPE: según corresponda
OPV (Sabin): Poliovirus oral (2do refuerzo)	HEPATITIS B: (iniciar o completar esquema a los 11 años)
DPT (Triple bacteriana celular) :Difteria-Tétanos-Tos Convulsa	HEPATITIS A:
MENINGOCOCO	dTpa: (Triple Bacteriana acelular) refuerzo 11 años

Link para consultar sobre el calendario de vacunación completo: [www.argentina.gob.ar/salud/vacunas](http://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas)

Consulta vacunas del ingreso escolar y cada etapa de la vida:

[www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/vacunacion-ninosyninias](http://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/vacunacion-ninosyninias)

**ENFERMEDADES PADECIDAS O EN CURSO (Consignar SÍ o NO)**

VARICELA	HEPATITIS	EPILEPSIA
PAPERAS	MENINGITIS	CARDIOPATÍAS
RUBEOLA	DIABETES	BRONCOESPASMO - ASMA
SARAMPIÓN	CONVULSIONES:	CONDICIÓN CELÍACA
ESCARLATINA	PROBLEMAS DE COAGULACIÓN	OTROS:

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_ **COMIDAS:** \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES?: \_\_\_\_\_  
**PICADURAS:** \_\_\_\_\_ ¿INSECTO?: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS AL PRESENTE QUE RECIBE REGULARMENTE:**

¿CUÁLES? \_\_\_\_\_  
 MOTIVOS: \_\_\_\_\_  
 INTOLERANCIA A ALGUNA MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Consignar fechas)**

CARDIOLÓGICAS: \_\_\_\_\_ APENDICITIS: \_\_\_\_\_ HERNIAS: \_\_\_\_\_  
 TRAUMATOLÓGICAS: \_\_\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

**Nota: agradecemos complementar la información en otra hoja de ser necesario.**

**APTO FÍSICO**

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI n° \_\_\_\_\_ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas individuales y de equipo acordes a su edad en Nivel Primario.

Para ser presentado ante la Directora y Representante Legal, autoridades del Colegio del Arce A-915, en CABA el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2023.

Firma del profesional

Sello aclaratorio y N° de matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados. Estoy en conocimiento que sin apto físico mi hijo/a no podrá realizar actividades físicas escolares, ser admitido en el campo deportivo Club de Amigos, ni ser calificado en la asignatura.

**Firma y aclaración del padre- madre /tutor o encargado:** \_\_\_\_\_